

ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРИТ В ПОЄДНАННІ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Ждан В.М., Лебідь В.Г., Бабаніна М.Ю.

*Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична
стоматологічна академія», м. Полтава, Україна*

Актуальність проблеми остеоартриту (ОА) зумовлена його широкою розповсюдженістю, складністю в лікуванні та ранньою інвалідизацією хворих. ОА відноситься до хвороб з високою коморбідністю і поєднується з артеріальною гіпертензією, атеросклерозом, ішемічною хворобою серця. Значну частину життя в зрілому та похилому віці людина проводить в постменопаузі - періоді, який супроводжується значним зниженням якості життя за рахунок розвитку вегетосудинних, психоемоційних, урогенетальних порушень, остеоартриту та остеопорозу.

Мета: вивчити ефективність, анальгезуючий, протизапальний ефект і безпеку схеми лікування комбінацією препаратів: хондропротектора (хондроїтин сульфату 200 мг № 25 ін'єкцій, а потім глюкозаміну гідрохлорид 500 мг з хондроїтин сульфатом 500мг, 1,5 міс.), антигіпертензивного препарату(амлодипін 5мг/гідрохлортиазід 12,5 мг / валсартан 160 мг, постійно), статину (атокор 20 мг на добу, постійно), кардіопротектора (дигідрохлорида триметазидину 35 мг 2 рази на добу, 3 міс.), бісфосфонату (ризедронату натрію 35 мг 1 раз на тиждень, 1 рік) в порівнянні з групою, яка отримувала хондропротектор (хондроїтин сульфат 200 мг № 25 ін'єкцій, а потім глюкозамін гідрохлорид 500 мг з хондроїтин сульфатом 500 мг, 1,5 міс.) на фоні прийому комбінованого антигіпертензивного препарату і атоктору у хворих на ОА в поєднанні з коморбідною патологією .

В дослідження включені 60 хворих чоловіків та жінок віком від 52-84 років, розділених по групах: *1 група* - (n=30), яка отримувала хондропротектор (хондроїтину сульфат 200 мг № 25 ін'єкцій, а потім - глюкозаміну гідрохлорид 500 мг з хондроїтин сульфатом 500мг, 1,5 міс.), антигіпертензивний препарат (амлодипін 5мг/гідрохлортиазід 12,5мг/валсартан160 мг, постійно),кардіопротектор(дигідрохлориду триметазидин 35 мг 2 рази на добу, 3 міс.), бісфосфонат (ризедронат натрію 35 мг 1 раз на тиждень, 1 рік); *2 група* – (n=30) отримувала хондропротектор (хондроїтин сульфат 200 мг № 25 ін'єкцій, а потім глюкозамін гідрохлорид 500 мг з хондроїтин сульфатом 500 мг, 1,5 міс.) на фоні прийому комбінованого антигіпертензивного препарату і атоктору .

Критерії ефективності лікування: загальні клінічні обстеження крові, сечі, креатиніну, загального білірубіну, АЛТ, АСТ, холестерину, рентгенографії і УЗД дослідження колінних суглобів, денситометрії, індексу Лекена, шкали WOMAC, ВАШ і критерії якості життя по EuroQol-5D.

Відмічена позитивна динаміка функціонального стану опорно-рухового апарату в обох групах пацієнтів: 1 група – 26 хворих , 2 група – 22 хворих. Виражений позитивний ефект в 1 групі пацієнтів: більш виражене зниження індексу Лекена, динаміки шкали WOMAC, ВАШ, денситометрії, покращення якості життя за критеріями EuroQol-5D, збільшення термінів ремісії ОА і супутньої патології.

Отже, доведена позитивна клінічна ефективність впливу даної комбінованої терапії в поєднанні ампулованої та таблетованої форм хондропротекторів на фоні прийому комбінованого антигіпертензивного препарату , статину, кардіопротектору, бісфосфонату, яке показало більш високу ефективність в плані зменшення больового синдрому і покращення функціональної здатності суглобів, нормалізації артеріального тиску, а також підвищення якості життя пацієнтів , хворих на ОА у поєднанні з коморбідною патологією.